

Für stationäre Patienten (bitte ankreuzen)

- Zu Fuss
- Im Rollstuhl
- Im Bett

Station: _____

Anmeldung

T +41 41 208 30 30
F +41 41 208 30 26
herzbildgebung.stanna@hirslanden.ch

Etikette des stationären Patienten

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse:	PLZ/Ort:	
Telefon P/G/Mobile:	Kostenträger:	
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	Unfalldatum:	AHV-Nr.:
<input type="checkbox"/> Patient bitte aufbieten	Vers.-/Unfall-Nr.:	Karten-Nr.:

Terminwunsch: _____ bis spätestens: _____ **Bestätigter Termin:** _____

Datum: _____ Zeit: _____

Falls Voraufnahmen vorhanden, bitte mitgeben/uns zukommen lassen.

Gewünschte Untersuchung:

- Herz MRT
- Herz CT
- Untersuchungsmodalität nach Fachwissen des Spezialisten
- Myokard-SPECT (Ischämie)
- TAVI-CT
- PET (Viabilität)

Klinische Angaben/spezielle Fragestellung:

Reserviert intern

Kreatinin: _____ **Grösse:** _____ **Euthyreot:** ja nein

Clearance (errechnet): _____ **Körpergewicht:** _____ **Schwangerschaft:** ja nein

Nur für PET/CT: **Diabetes** ja nein → wenn ja: Orale Antidiabetika Insulin **Asthma:** ja nein

Wichtig bei MRT-Untersuchung (bitte vollständig ausfüllen)

Pacemaker <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Neurostimulator <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Allergie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hörgerät <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fremdkörper (Metall) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Klaustrophobie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Insulinpumpe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Metallclips <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zahnprothese <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

→ Implantate mit Magnetverankerungen unbedingt vorher vom Zahnarzt herausnehmen lassen.
→ Make-up beeinflusst die MRT-Untersuchung und sollte wenn möglich nicht getragen werden.

Befund: via HIN via Fax

Befundkopie: _____

Vorbilder an: _____

Datum: _____

Verordnender Arzt (Stempel):